หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย และศึกษาตัวแปรที่เป็นมิติต่าง ๆ ของอำนาจ ซึ่งเชื่อว่าจะส่งผลถึงการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล และการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ รวมทั้งตัวแปรส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในวิชาชีพ ประสบการณ์ในตำแหน่ง และ การอบรมด้านการบริหาร รวมทั้งสิ้น 7 ตัวแปร

ประชากรที่ศึกษาเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย ยกเว้นหอผู้ป่วยหนักกับหอผู้ป่วยพิเศษของโรงพยาบาลศูนย์ 17 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 324 คน กำหนดขนาดตัวอย่างประชากรโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างประชากรของเครซซี่ และมอร์แกน และได้เพิ่มขนาดตัวอย่างประชากรเป็น 210 คนเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม แล้วทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจนได้ตัวอย่างประชากรตามที่กำหนด ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไป และได้รับกลับคืนจำนวน 198 ชุด เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ 194 ชุดคิดเป็นร้อยละ 92.4 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ชุด ชุดแรกคือข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ชุดที่ 2-5 เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าวัดพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ และ การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงาน ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งสี่ชุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 13 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป $SPSS_x$ หาค่าร้อยละ มัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's method) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน

(Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของตัวอย่างประชากร

1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างประชากรจำนวนมากที่สุดมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมาคือร้อยละ 25.8 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีเพียงร้อยละ 3.1

1.2 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างประชากรมีประสบการณ์ในวิชาชีพ 16-20 ปี เป็นจำนวนสูงที่สุดคือร้อยละ 43.3 รองลงมามีประสบการณ์ในวิชาชีพมากกว่า 20 ปีจำนวนร้อยละ 25.3 มีประสบการณ์ในวิชาชีพ 11-15 ปีเป็นจำนวนร้อยละ 21.6 และจำนวนน้อยที่สุดมีประสบการณ์ในวิชาชีพ 1-5 ปีมีร้อยละ 0.5 ประสบการณ์ในวิชาชีพเฉลี่ย คือ 17.69 ปี

1.3 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างประชากรมีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 1-5 ปีเป็นจำนวนสูงที่สุดคือร้อยละ 33.0 รองลงมาคือมีประสบการณ์ในตำแหน่ง 6-10 ปี และ 11-15 ปี คือร้อยละ 29.4 และ 22.2 ตามลำดับ ที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปีมีจำนวนน้อยที่สุดคือร้อยละ 5.2 ประสบการณ์ในตำแหน่งเฉลี่ยคือ 9.37 ปี

1.4 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างประชากรเคยอบรมด้านการบริหารมาแล้วร้อยละ 54.6 ที่เหลือคือร้อยละ 45.4 ไม่เคยอบรมด้านการบริหาร

2. การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.1 การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=137.97) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ด้านการร่วมรับรู้เป้าหมาย และด้านการยอมรับสิทธิในการตัดสินวินิจฉัยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=36.86 และ 29.67 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล และ ด้านบรรยากาศการสื่อสารพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=30.02 และ 41.42 ตามลำดับ)

2.2 เมื่อจำแนกหัวหน้าหอผู้ป่วยตามระดับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ พบว่า จำนวนสูงที่สุดคือร้อยละ 48.4 มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ในระดับปานกลาง รองลงคือร้อยละ 45.9 อยู่ในระดับสูง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ในระดับสูงสุด และต่ำ มีเพียงร้อยละ 3.6 และ 2.1 ตามลำดับ

2.3 การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=100.14) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ด้านการยอมรับสิทธิในการตัดสินวินิจฉัย ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล และด้านบรรยากาศการสื่อสารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=17.79 , 17.99 และ 43.93 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ด้านการร่วมรับรู้เป้าหมายพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=20.43)

2.4 เมื่อจำแนกหัวหน้าหอผู้ป่วยตามระดับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ พบว่า จำนวนสูงที่สุดคือร้อยละ 52.6 มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในระดับสูง รองลงคือร้อยละ 41.2 อยู่ในระดับปานกลาง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในระดับสูงสุด และต่ำมีเพียงร้อยละ 4.7 และ 1.5

3. เปรียบเทียบระดับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานจำแนกตามกลุ่มย่อยของตัวแปรพยากรณ์

3.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรีมีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์อยู่ในระดับสูง และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีการรับรู้เรื่องเดียวกันในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับสูง และการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพตั้งแต่ 15 ปีลงไปมีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ใน

วิชาชีพมากกว่า 15 ปีรับรู้เรื่องเดียวกันในระดับสูง ส่วนการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มอยู่ในระดับสูง และการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพต่างกันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในตำแหน่ง 1- 5 ปี และมากกว่า 20 ปี มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ในระดับปานกลาง และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งมากกว่า 5 ปีแต่ไม่เกิน 20 ปี มีการรับรู้เรื่องเดียวกันในระดับสูง ส่วนการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกกลุ่มอยู่ในระดับสูง และ การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งต่างกันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เคยอบรมด้านการบริหารมีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ในระดับปานกลาง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่เคยอบรมด้านการบริหารมีการรับรู้เรื่องเดียวกันในระดับสูง ส่วนการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าอยู่ในระดับสูง และ การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เคย และไม่เคยอบรมด้านการบริหารไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยในข้อ 3.1, 3.2, 3.3 และ 3.4 ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2

3.5 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งอยู่ในระดับสูงมีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งต่างกัน มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.6 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง ส่วน

หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคลในระดับต่างกัน มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

3.7 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์และกับบุคลากรอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพในระดับต่างกัน มีการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ผลการวิจัยข้อ 3.5, 3.6 และ 3.7 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 3

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์จำนวน 7 ตัวกับตัวแปรเกณฑ์ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

4.1 การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับตัวแปรพยากรณ์ 3 ตัว คือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง และ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล (r=.43, .42 และ .42 ตามลำดับ)

4.2 การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับตัวแปรพยากรณ์ 3 ตัว คือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง และ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล (r= .42, .41 และ .40 ตามลำดับ)

ผลการวิจัยในข้อ 4.1 และ 4.2 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อ 4,5 และ 6

สำหรับตัวแปรระดับการศึกษา ประสบการณ์ในวิชาชีพ ประสบการณ์ในตำแหน่ง และการอบรมด้านการบริหาร ไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ

5. การวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันพยากรณ์การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานพบว่า

5.1 กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในการพยากรณ์การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ คือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ =.1879 คือสามารถพยากรณ์การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ได้ร้อยละ 18.79 และเมื่อเพิ่มตัวแปรพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งเข้าไปพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .2498 นั่นคือ ตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ได้ร้อยละ 24.98

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 35.4805 + .6932\ PCOH + .3712\ POSP$$

และสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z = .3011\ Z_{PCOH} + .2818\ Z_{POSP}$$

5.1 กลุ่มตัวพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในการพยากรณ์การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ คือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ =.1829 คือสามารถพยากรณ์การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ได้ร้อยละ 18.29 และเมื่อเพิ่มตัวแปรพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งเข้าไปพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .2402 นั่นคือ ตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ได้ร้อยละ 24.02

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 25.5426 + .5134\ PCOH + .2651\ POSP$$

และสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z = .3003\ Z_{PCOH} + .2711\ Z_{POSP}$$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับตัวแปรพยากรณ์

ตอนที่ 3 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ตอนที่ 1 การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ในด้านการร่วมรับรู้เป้าหมาย กับด้านการยอมรับสิทธิในการตัดสินวินิจฉัย อยู่ในระดับสูง ส่วนอีก 2 ด้าน คือ การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล และบรรยากาศการสื่อสาร พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 9) สำหรับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ด้านการร่วมรับรู้เป้าหมายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอีก 3 ด้าน คือ การยอมรับสิทธิในการตัดสินวินิจฉัย การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล และบรรยากาศการสื่อสาร อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 10) เมื่อพิจารณาประเด็นแรก คือ การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ด้านการร่วมรับรู้เป้าหมายที่อยู่ในระดับสูงนั้นถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการร่วมกันทำงาน เพราะเมื่อพิจารณาจากระดับการร่วมกันทำงาน (Langford, 1981) จะเห็นว่าเริ่มต้นที่การอภิปรายปัญหาแล้วร่วมกันกำหนดเป้าหมายแล้วนำไปสู่แผนการปฏิบัติ การทำงานในทีมสุขภาพนั้นมีลักษณะต่างจากงานอื่น ๆ คือ มีเป้าหมายหลักที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยหรือกลับเข้าสู่สภาพที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด อีกทั้งงานของแพทย์และพยาบาลมีความใกล้เคียงกันมากกว่างานของพยาบาลกับบุคลากรอื่น ๆ การที่จะทำความเข้าใจเป้าหมายของการทำงานระหว่างกันจึงเกิดขึ้นได้ง่ายกว่า ผลการการวิจัยจึงออกมาในระดับสูง ตรงกันข้ามกับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกับทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ด้านการร่วมรับรู้เป้าหมายที่อยู่

ในระดับปานกลาง อีกประการหนึ่ง บุคลากรอื่น ๆ เข้ามาทำงานในหอผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์ทั้งนี้เพราะมีสถานที่ทำงานแยกออกไปจากหอผู้ป่วย และมักจะมีการส่งผู้ป่วยไปรับบริการตามหน่วยเหล่านั้น การสื่อสารกันเพื่อให้รับรู้เป้าหมายการทำงานของแต่ละฝ่ายจึงเกิดขึ้นน้อย

เมื่อพิจารณาการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ ด้านการยอมรับสิทธิในการตัดสินวินิจฉัยพบว่าอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน แสดงว่า การทำงานร่วมกันในทีมสุขภาพมีความขัดแย้งที่เกิดจากการตัดสินวินิจฉัยน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจากมีความเข้าใจที่ชัดเจนเรื่องขอบเขตความรับผิดชอบชอบของแต่ละวิชาชีพ (Langford, 1981 ; Vogt et al., 1983) ซึ่งทำให้สามารถแบ่งอำนาจการตัดสินวินิจฉัยกันได้อย่างชัดเจน และเมื่อมีการแบ่งขอบเขตหน้าที่กันชัดเจนแล้วในระดับผู้บริหารการนำไปสู่การปฏิบัติด้วยการยอมรับนับถือก็จำเป็นต้องกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เป็นจริง การสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการใช้การตัดสินวินิจฉัยในคลินิค (Individual clinical decision) จะช่วยส่งเสริมการร่วมกันทำงานดังเช่นที่ National Joint Practice Commission (NJPC ,1981) ได้กำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกันเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเพิ่มการตัดสินวินิจฉัยในคลินิคด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การบันทึกแบบผสมผสาน (Integrated Patient Record) การร่วมกันตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับแพทย์เป็นต้น ผลจากการสนับสนุนให้พยาบาลมีการตัดสินวินิจฉัยในคลินิคประการสำคัญคือ ทั้งแพทย์และพยาบาลยอมรับว่า การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น แพทย์และพยาบาลมีการประสานงานกันมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า แพทย์ตรวจสอบการทำงานของพยาบาลน้อยลง (Devereux, 1981a; 1981b) และเมื่อนำแนวคิดนี้ไปใช้ในหน่วยผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเร่งด่วน (Acute care) พบว่า นอกจากความพึงพอใจของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นแล้ว สัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพแพทย์กับพยาบาลก็ดีขึ้นด้วย (Koerner, Cohen and Armstrong, 1986)

ประเด็นที่น่าสนใจจากผลการวิจัยอีกประเด็นคือ การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมทำงานกับแพทย์ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง นั่นหมายถึงการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างวิชาชีพยังเกิดขึ้นไม่มากนัก

เป็นที่ยอมรับกันว่า ความรู้ที่แน่นอนแม่นยำทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติวิชาชีพของตนด้วยความมั่นใจ และปลอดภัย ทั้งยังช่วยให้พยาบาลทำงานอย่างมีจุดมุ่งหมาย แต่อย่างไรก็ตาม ภายใต้สภาพแวดล้อมในคลินิคที่ไม่แน่นอน บางครั้งพยาบาลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการ

ควบคุมสถานการณ์ และจำเป็นต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งช่วยให้สามารถเผชิญความไม่แน่นอนได้อย่างมั่นใจ (Quinn and Smith, 1987) ปัญหาหลาย ๆ ปัญหาที่พยาบาลเผชิญอยู่เป็นประจำวันอาจไม่สอดคล้องกับที่เขียนไว้ในตำรา หรือตามที่ได้ศึกษามาในระบบการศึกษาตามปกติ ทั้งนี้เพราะไม่มีความรู้ใด ๆ ที่มีความสมบูรณ์ในตัวของมันเอง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องแสวงหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มเติมตลอดเวลา และทางหนึ่งที่จะได้มาซึ่งความรู้และข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินวินิจฉัยปัญหาต่าง ๆ คือการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ในการปฏิบัติงานพยาบาลมีข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และแพทย์มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค การแลกเปลี่ยนข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้แผนการดูแลผู้ป่วยของทั้งแพทย์และพยาบาลมีความสมบูรณ์มากขึ้น และทั้ง ๆ ที่ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยเกือบทั้งหมดอยู่ในหอผู้ป่วย หรือกล่าวได้ว่าอยู่ในมือของพยาบาล (Hoelzel,1989) แต่การร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างแพทย์กับพยาบาลยังเกิดขึ้นไม่มาก ได้มีการตั้งข้อสังเกตในเรื่องที่พยาบาลมิได้สร้างความสัมพันธ์ในเรื่องการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลกับแพทย์โดย แบกก์ และชมิท (Bagg and Schmitt,1988) ตั้งข้อสังเกตว่าในหอผู้ป่วยหนักนั้น มองเห็นได้ชัดเจนว่ามีการไหลเวียนของข้อมูลระหว่างแพทย์และพยาบาลมาก แต่เป็นไปเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การเขียนคำสั่งการรักษา การรับเข้า การย้ายออก การหยุด หรือเริ่มการบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เนื่องจากความสำคัญของการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลในการร่วมกันทำงานนั้น อยู่ที่การนำความรู้และข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการให้การพยาบาลให้ปรากฏเป็นที่ยอมรับทั้งจากผู้ป่วยและจากผู้ร่วมงานในทีมสุขภาพ (Englehardt, 1985 quoted in Bagg and Schmitt,1988) ดังนั้น หากพยาบาลได้แสดงออกว่า มีความต้องการที่จะแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นเพื่อการวางแผนการพยาบาล ทำให้พยาบาลได้เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินวินิจฉัยกรณีต่างที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลก็จะเพิ่มขึ้น

อีกประเด็นที่นำมาพิจารณาคือ สาเหตุที่พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลในระดับปานกลางน่าจะมีสาเหตุมาจาก การที่ลักษณะงานของพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีข้อมูลต่าง ๆ อยู่ในครอบครองมากก็จริง แต่มีอุปสรรคในการนำข้อมูลนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งนี้จากการศึกษาของลัดดา เชี่ยงเห็น (2530) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการ

ใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่มั่นใจที่จะใช้ข้อมูลที่มีอยู่มากมายนั้น นอกจากนี้ อาจจะเป็นเพราะขาดทักษะในการวิเคราะห์ว่าข้อมูลใดมีความสำคัญ รวมทั้งขาดทักษะในการรวบรวมและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ดังที่การวิจัยของจิรา เติมจิตรอารีย์ (2530) พบว่า พยาบาลจำนวนสูงสุดถึงร้อยละ 64.9 มีความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลในระดับปานกลาง และมากกว่าครึ่งคือร้อยละ 53.1 มีความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลในระดับปานกลางเช่นกัน เมื่อเป็นเช่นนี้ การใช้ข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่จึงมีความจำกัด อีกประการหนึ่ง ในการปฏิบัติงานประจำวันของหอผู้ป่วยนั้นมีงานประจำที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมาก ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดเรื่องเวลาประการหนึ่ง ดังนั้น การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลกับแพทย์จึงเกิดขึ้นน้อย

สำหรับการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลกับบุคลากรอื่น ๆ นั้น ผลจากวิจัยพบว่าอยู่ในระดับดี ทั้งนี้น่าจะเป็นเพราะความรู้สึกว่ามีความแตกต่างระหว่างความรู้ระหว่างวิชาชีพพยาบาลกับวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์มีน้อยกว่า และบรรยากาศการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับบุคลากรอื่น ๆ ก็อยู่ในระดับดีเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าบรรยากาศการสื่อสารเป็นไปในทิศทางที่สนับสนุนการร่วมกันทำงาน ความขัดแย้งจึงเกิดขึ้นน้อยกว่าที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับแพทย์

ดังได้กล่าวไว้ในเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่า บรรยากาศการสื่อสารในทีมสุขภาพเป็นสิ่งที่สร้างเสริม หรือทำลายสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานระหว่างวิชาชีพ บรรยากาศการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมการร่วมกันทำงานคือบรรยากาศแบบคุกคาม บรรยากาศแบบนี้จะหมดไปเมื่อบรรยากาศแบบสนับสนุนเข้ามาแทนที่ (Casella, 1979) ซึ่งทำให้สมาชิกในทีมสุขภาพร่วมมือกันเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ด้านบรรยากาศการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น แสดงถึงการรับรู้ต่อการสื่อสารระหว่างวิชาชีพแพทย์กับพยาบาลที่ไม่เป็นไปทั้งในทิศทางที่คุกคาม หรือสนับสนุนการร่วมกันทำงาน อัลท์-ไวท์ และคณะ (Alt-White et al., 1983) ได้ทำการศึกษาบรรยากาศการสื่อสารในการร่วมกันทำงานพบว่า กระบวนการสื่อสารแบบเปิด (Open Communication Process) เป็นลักษณะที่สำคัญอย่างยิ่งของการร่วมกันทำงานในทีมสุขภาพ ผลจากการสื่อสารแบบนี้ ทำให้ต่างฝ่ายได้รับรู้ร่วมกันถึงขอบเขตความรับผิดชอบของตน และ

สามารถตัดสินวินิจฉัยประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เหตุผลประการหนึ่งที่บรรยากาศการสื่อสารระหว่างวิชาชีพไม่เป็นไปในทิศทางที่สนับสนุนการร่วมกันทำงานน่าจะเนื่องมาจาก ความมั่นใจในความรู้ความเชี่ยวชาญยังมีไม่มากพอ (Quinn and Smith, 1987) การมีข้อมูลไม่เพียงพอ หรือ ความไม่แน่ใจในการเลือกใช้ข้อมูลที่มีอยู่มากมาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ยืนยันว่า การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างแพทย์กับพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม เหตุผลดังที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดเป็นเพียงส่วนหนึ่งของอุปสรรคของการสร้างบรรยากาศการสื่อสารระหว่างวิชาชีพเท่านั้น ทั้งนี้เพราะการสื่อสารเป็นกระบวนการที่ต้องมีทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสาร ดังนั้นปัญหาอุปสรรคของการสื่อสารย่อมมาจากวิชาชีพอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับตัวแปรพยากรณ์

จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ คือตัวแปรสำคัญ 3 ตัวของการวิจัยครั้งนี้ คือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง และพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล โดยที่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ตัว (ตารางที่ 16) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล และการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงาน จะเห็นได้ว่า ตัวแปรที่เป็นมิติหนึ่งของอำนาจทั้งสามตัวนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์และกับบุคลากรอื่น ๆ เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นหากผู้บริหารเป็นผู้ที่มีอำนาจ หรือครอบครองฐานอำนาจที่ว่า ทำให้ได้รับข้อมูลที่สำคัญ ได้รับการสนับสนุนที่จำเป็น ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานใด ๆ (Veiga and Yanouzas, 1984) เป็นผู้สามารถเผชิญปัญหา แก้ปัญหา และลดความขัดแย้งในการทำงาน (Fleet แปลโดย จินตนา บุญบงการ และกรองแก้ว อยู่สุข, ม.ป.พ. ; Simendinger and Moore, 1985) จะเห็นได้ว่า ลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วนี้เป็นคุณลักษณะสำคัญสำหรับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงาน และทำงานร่วมกันโดยมีความขัดแย้งน้อยที่สุด แม้ว่าอำนาจจะมีที่มาต่างกันตามฐานที่เกิด แต่ผลที่

เกิดขึ้นเป็นสิ่งเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงอภิปรายพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจทั้งสองประการไปพร้อม ๆ กัน

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ความสำคัญของการร่วมกันทำงานอยู่ที่การยอมรับความเท่าเทียมกันระหว่างวิชาชีพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการยอมรับว่าแต่ละวิชาชีพมี "เอกสิทธิ์" ในขอบเขตวิชาชีพของตน หรือมีอิสระในการปฏิบัติวิชาชีพ (Moloney, 1986) การมีเอกสิทธิ์หรืออิสระในการปฏิบัติวิชาชีพนั้นมีความสัมพันธ์กับอำนาจ ดังที่ เคราส์ (Krause, 1977) แสดงทรรศนะไว้ว่า การที่จะได้รับเอกสิทธิ์ในวิชาชีพพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจของแต่ละวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในทีมสุขภาพ และระดับของการควบคุมขอบเขตการปฏิบัติวิชาชีพของตน นั่นคือ หากพยาบาลยอมอยู่ใต้อำนาจ หรือเป็นผู้ยินยอมทำตามคำสั่งของวิชาชีพอื่น ๆ แสดงว่าพยาบาลไม่มีอิสระในการปฏิบัติวิชาชีพ และไม่ใช่การร่วมกันทำงานที่แท้จริง การทำความเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจของวิชาชีพแพทย์ กับพยาบาลซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการร่วมกันทำงานนั้นจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงลักษณะความสัมพันธ์ของแพทย์และพยาบาลเสียก่อน

ในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกที่จะรับบริการจากวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งเพียงวิชาชีพเดียว แม้ว่า ฐานอำนาจหลักของแพทย์อยู่ที่อำนาจอันชอบธรรมตามตำแหน่งในการรับผู้ป่วย บำบัดรักษา จำหน่ายผู้ป่วย และ อำนาจจากความเชี่ยวชาญวิชาชีพ ซึ่งเป็นฐานอำนาจส่วนบุคคลในการที่จะสร้างภาพพจน์ สร้างความเชื่อถือต่อผู้รับบริการ ทำให้สถานภาพของแพทย์ในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง และดูเหมือนจะมีอำนาจมากที่สุดในโรงพยาบาล ทำให้มองเห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพแพทย์ กับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพมีที่มาจากความไม่สมดุลย์ของอำนาจระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่น ๆ (Quinn and Smith, 1987) ซึ่งส่งผลมาถึงการร่วมกันทำงานกับวิชาชีพต่าง ๆ ในทีมสุขภาพด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับวิชาชีพพยาบาล ซึ่งแต่เดิมพยาบาลมองตนเองว่าเป็นผู้ไร้อำนาจ และเป็นเป้าหมายการใช้อำนาจของวิชาชีพอื่น (Ashley, 1973 ; Bowman and Culpepper, 1974) ทำให้พยาบาลอยู่ในภาวะต้องพึ่งพา ที่เห็นได้ชัดเจนคือการที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เสมอมา แต่พยาบาลก็ได้ตระหนักถึงความเป็นวิชาชีพของตนจึงได้แสวงหาแนวทางที่จะสร้างการยอมรับต่อวิชาชีพขึ้น เช่น การพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล การพัฒนารูปแบบใหม่ทางการพยาบาล เช่น การพยาบาลระบบเจ้าของไข้ รวมทั้งแนวคิดเรื่องการร่วมกันทำงานโดยการ

ส่งเสริมให้พยาบาลเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ร่วมงาน ที่ไม่ใช่ผู้ทำตามคำสั่งแพทย์เพียงประการเดียว ซึ่งนอกจากจะมีผลดีต่อวิชาชีพแล้วยังพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจบริการของพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (Feiger and Smith,1979 ; Rubenstein et al.,1984 ; Koerner and Armstrong, 1986) และนอกจากนี้ เมื่อมีการร่วมกันทำงานในหอผู้ป่วยหนักยังพบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยลดลง (Knaus et al., 1986)

การที่พยาบาลจะเป็นผู้ที่สามารถร่วมกันทำงานกับแพทย์โดยได้รับการยอมรับในความเท่าเทียมของวิชาชีพนั้น พยาบาลต้องเป็นผู้ที่แสดงออกถึงความสามารถในการให้การพยาบาล หรือแสดงถึงความเชี่ยวชาญของวิชาชีพที่เรียกว่าอำนาจวิชาชีพ หรืออำนาจความเชี่ยวชาญ อันเป็นฐานอำนาจที่มาจากการพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล นอกจากนี้พยาบาลที่เป็นผู้บริหารจะต้องแสดงความสามารถในการพัฒนาหน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบเพื่อที่จะจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งนั่นเอง การแสดงออกทั้งสองประการดังกล่าวทำให้เกิดการยอมรับทั้งจากผู้รับบริการ และจากผู้ร่วมงาน บราวน์ (Brown, 1980) กล่าวถึงพยาบาลที่มีอำนาจว่า ทำให้ตัวพยาบาลเองรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถแลกเปลี่ยนความรู้อย่างตรงไปตรงมาโดยปราศจากความกลัวการวิพากษ์วิจารณ์หรือการแทรกแซงจากวิชาชีพอื่น ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพที่มีความเท่าเทียมกันอย่างแท้จริง ดังนั้น ผลการวิจัยจึงพบว่า พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง และพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับ การรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ

ตัวแปรพยากรณ์อีกตัวที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงาน คือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภาพในกลุ่มวิชาชีพ จากมโนทัศน์ของความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพที่ผู้วิจัยได้สรุปไว้ในเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ว่า เป็นความสามารถของสมาชิกกลุ่มที่จะร่วมกันอย่างเต็มใจเพื่อปฏิบัติภารกิจที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันจนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น หากนำมาอธิบายในกลุ่มวิชาชีพพยาบาลก็คือ การที่พยาบาลทุกคนที่เป็นสมาชิกของกลุ่มไม่ว่าจะเป็นกลุ่มขนาดเล็กในหอผู้ป่วย ไปจนถึงกลุ่มใหญ่ในระดับชาติร่วมแรงร่วมใจกันเพื่อปฏิบัติภารกิจของวิชาชีพพยาบาลไปในทิศทางเดียวกันจนบรรลุจุดมุ่งหมาย กล่าวกันว่า พยาบาลเป็น

สมาชิกกลุ่มใหญ่ที่สุดขององค์การสุขภาพแต่ขาดการรวมกลุ่ม และการจัดตั้งองค์การทางสังคมที่แข็งแกร่งจึงเป็นผลให้ขาดอำนาจ (Ashley, 1973 ; Langford, 1981) และสาเหตุที่พยาบาลไม่สามารถรวมกลุ่มกันได้อย่างเหนียวแน่นเป็นเพราะขาดความสามารถที่จะเป็นผู้นำหรือขาดผู้นำนั่นเอง ทั้งนี้เพราะผู้นำกลุ่มเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจูงใจให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติภารกิจของกลุ่ม (ธงชัย สันติวงษ์ และ ชัยยศ สันติวงษ์, 2522) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทในการชักนำให้พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย คุณภาพการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยนั้นกล่าวได้ว่ามาจากความสามารถของพยาบาลทุกคนร่วมกับความสามารถในการบริหารหรือการนำกลุ่มของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นเอง ผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยทำให้เกิดการยอมรับจากผู้รับบริการรวมทั้งจากผู้ร่วมงานต่างวิชาชีพ และส่งผลโดยตรงต่อการร่วมกันทำงานในทีมสุขภาพดังจะเห็นได้จากค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลางของการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพกับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ

ตอนที่ 3 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรพยากรณ์เพียง 2 ตัวจากจำนวน 7 ตัวที่ร่วมกันอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ กับ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง ดังที่ผู้วิจัยได้อภิปรายไว้ในตอนที่ 2 ถึงความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพว่าทำให้พยาบาลมีการแสดงออกในการปฏิบัติวิชาชีพที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และเป็นผลมาจากความสามารถในการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การแสดงออกเช่นนี้ กล่าวได้ว่า เป็นพลังสำคัญสำหรับกลุ่ม (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529) และเป็นฐานอำนาจสำหรับผู้บริหาร (Brooten, 1984) ซึ่งส่งผลให้ผู้ร่วมงานอื่น ๆ ในทีมสุขภาพมองเห็นความเข้มแข็ง เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการทำงานของพยาบาล และยอมรับความสามารถในการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในทางตรงกันข้าม หากหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สนใจที่จะบริหารหอผู้ป่วยก็จะทำให้ผลงานของหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพต่ำ ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความไม่มั่นใจในการทำงาน ต่างคนต่างทำ เกิดความคับข้องใจ ผู้ร่วมทีมสุขภาพ

เช่นแพทย์ก็เกิดความไม่พอใจและมุ่งใช้คำสั่งกับพยาบาลมากขึ้น บุคลากรอื่น ๆ ก็จะหลีกเลี่ยงที่จะติดต่อด้วย (Shea, 1979) แสดงถึงสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานที่เลวลง และไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานเหล่านั้น และเมื่อพิจารณาการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ เมื่อจำแนกตามกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพต่างกัน ก็พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 14,15) นั่นคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพสูง มีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ต่อสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานสูงด้วย

ตัวแปรพยากรณ์ตัวที่สองที่ร่วมอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์และกับบุคลากรอื่น ๆ คือ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง (ตารางที่ 18,20) ดังได้กล่าวไว้แล้วในเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องฐานอำนาจโดยตำแหน่งของผู้บริหารพยาบาลที่โฮวเซล (Hoelzel, 1989) เป็นผู้พัฒนามาจากทฤษฎีอำนาจในองค์การของฮิคสันและคณะ (Hickson et al., 1971) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมที่จะใช้อธิบายฐานอำนาจโดยตำแหน่งของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องทำงานประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะทฤษฎีอำนาจในองค์การเน้นที่ความสัมพันธ์ในแนวราบระหว่างหน่วยย่อยต่าง ๆในองค์การและความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับบุคลากรต่าง ๆ ในทีมสุขภาพเป็นลักษณะของความสัมพันธ์ในแนวราบที่ไม่ได้อยู่ในสายการบังคับบัญชาเหมือนความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลระดับต่าง ๆ ในแผนกเดียวกัน การพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งมีจุดเน้นอยู่ 3 ประการ คือ การมีส่วนร่วมในหน้าที่สำคัญ ๆ ทุกลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย เช่น การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายบริหารหอผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินวินิจฉัยเรื่องที่เกี่ยวกับการให้บริการแก่ผู้ป่วย ประการที่ 2 คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการควบคุมความไม่แน่นอน เช่น การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด และ ประการสุดท้ายคือ การมีส่วนร่วมในการควบคุมทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพทั้งสิ้น ผลจากการปฏิบัติหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ทั้งโดยผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน ดีวีเรกซ์ (Devereux,1981) กล่าวไว้พอสรุปได้ว่า หากพยาบาลได้พัฒนาขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล แพทย์จะเกิดการรับรู้ และ

ยอมรับว่าพยาบาลมีสมรรถนะตามบทบาทของวิชาชีพ เมื่อเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของพยาบาลแพทย์จะเป็นฝ่ายแบ่งปันความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ครั้งหนึ่งแพทย์เคยเชื่อว่าแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบเพียงลำพังให้แก่วิชาชีพอื่น การร่วมกันทำงานที่แท้จริงจะเกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าการร่วมกันทำงานระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อ ผู้ประกอบวิชาชีพได้พัฒนาคุณภาพการปฏิบัติวิชาชีพให้เกิดการยอมรับจากวิชาชีพอื่นเสียก่อน หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบตามตำแหน่งของตนที่จะทำให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยของตนมีคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานได้ตัวหนึ่งดังที่ปรากฏในผลการวิจัย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ จำแนกตามกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งต่างกัน ก็พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 14,15) นั่นคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ต่อสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานสูงด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพนั้นมิได้มีตัวแปรที่มาจากฝ่ายพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว ย่อมจะมีส่วนหนึ่งที่มาจากวิชาชีพอื่นที่เป็นผู้ร่วมงาน ดังจะเห็นได้จากการที่แผนกพยาบาลของโรงพยาบาลฮาร์ทฟอร์ดนำแนวคิดเรื่องการร่วมกันทำงานไปใช้อย่างได้ผลนั้น เป็นเพราะแผนกพยาบาลได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากฝ่ายแพทย์ เนื่องจากแผนกพยาบาลในโรงพยาบาลนี้มีอำนาจมาก จากการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธของโรงพยาบาล (Koerner,Cohen and Armstrong,1986) ทำให้สามารถแสวงหาความร่วมมือได้จากหลาย ๆ ฝ่าย ในกรณีการร่วมกันทำงานนี้ มีการให้ความสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับพยาบาลมากกว่าวิชาชีพอื่น ทั้งนี้เพราะวิชาชีพทั้งสองเป็นผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และผลของการปฏิบัติวิชาชีพส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล ได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตต่อการสนับสนุนการร่วมกันทำงานในทีมสุขภาพของแพทย์ไว้หลายประการ (Devereux, 1981) ประการแรก แพทย์ได้มีการเตรียมด้านการศึกษาเพื่อร่วมกันทำงานกับวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพหรือไม่ ประการที่ 2 ได้มีการทบทวนบทบาทของแพทย์เอง และมีการพิจารณาบทบาทของพยาบาลผู้ซึ่งร่วมทำงานอย่างใกล้ชิดกับแพทย์มากกว่าวิชาชีพอื่น ๆ หรือไม่ ประการที่ 3 ผู้บริหารของแพทย์เห็นความสำคัญของการร่วมกันทำงานมากน้อยแค่ไหน ประการสุดท้าย มีการ

ยอมรับหรือไม่ว่า แพทย์เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบส่วนหนึ่งต่อการร่วมกันทำงาน จะเห็นได้ว่า ข้อสังเกต 4 ประการข้างต้นมีความสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมร่วมกันทำงานของแพทย์ และส่งผลโดยตรงต่อสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานในทีมสุขภาพ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 2 ตัวที่เป็นฐานอำนาจสำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วยคือ การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพกับพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งร่วมกันอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับแพทย์ได้ร้อยละ 24.98 ร่วมกันอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับบุคลากรอื่น ๆ ได้ร้อยละ 24.02 นั่นหมายถึงว่ายังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่จะเข้ามาร่วมอธิบายสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานได้อีก

สำหรับตัวแปรพฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคลแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณพบว่า ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือไม่สามารถร่วมอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานทั้งกับแพทย์ และกับบุคลากรอื่น ๆ อธิบายได้ว่า ลักษณะดึงดูดใจ หรือบุคลิกภาพส่วนตัวของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สามารถทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพได้ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพให้ความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานมากกว่าความสัมพันธ์กันเป็นส่วนตัว แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงผลของการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าย่อมจะต้องมาจากความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะวิชาชีพซึ่งเป็นฐานอำนาจส่วนบุคคลด้วยเช่นกัน ดังนั้นอธิบายได้ว่า เหตุที่พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่สามารถร่วมอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานได้นั้น น่าจะเนื่องมาจาก ในสภาพการปฏิบัติงานจริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นมิได้ใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญของวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย แต่ได้ใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญผ่านทางผู้ใต้บังคับบัญชาที่เป็นพยาบาลซึ่งแสดงออกโดยการพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่ง เช่น การใช้ความสามารถในการควบคุมความไม่แน่นอนในหอผู้ป่วย การใช้ความสามารถของตนเพื่อพัฒนาคุณภาพการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา การพัฒนาระบบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยเพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็นต้น

ในเรื่องระดับการศึกษาที่ไม่สามารถร่วมอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงาน และเมื่อพิจารณาการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานจำแนกตามระดับการศึกษาก็ไม่พบความ

แตกต่างระหว่างกลุ่ม นั่นคือระดับการศึกษาที่ต่างกันไม่ทำให้เกิดความแตกต่างกันของการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงาน อาจอธิบายได้ว่า มีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างการจัดการศึกษาของแต่ละวิชาชีพในทีมสุขภาพโดยเฉพาะระหว่างแพทย์กับพยาบาล เหตุผลแรกคือการเตรียมด้านการศึกษาของแพทย์มากกว่าการศึกษาของพยาบาล แพทย์ได้รับการเตรียมทางการศึกษา 6-9 ปี ขณะที่พยาบาลได้รับการเตรียมเพียง 3.5-4 ปี วุฒิการศึกษาของแพทย์เมื่อสำเร็จการศึกษาเทียบเท่าระดับปริญญาโท ในขณะที่พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาเทียบเท่ากับระดับปริญญาตรี และเมื่อศึกษาต่ออีก 3 ปีแพทย์เทียบเท่าปริญญาเอก แต่พยาบาลที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีเพียงร้อยละ 3.1 เท่านั้น (ตารางที่ 7) ความแตกต่างของระดับการศึกษาระหว่างวิชาชีพทั้งสองที่เห็นได้ชัดเจนเช่นนี้ย่อมทำให้ฐานอำนาจของทั้งสองวิชาชีพแตกต่างกัน ควินน์ และสมิท (Quinn and smith, 1987) ได้ตั้งข้อสังเกตในเรื่องนี้ว่า ประเด็นที่น่าพิจารณาในเรื่องการศึกษาของวิชาชีพทั้งสองคือ แม้ว่าระยะเวลาที่ศึกษาจะแตกต่างกัน และแม้ว่าพยาบาลจะเชื่อว่าเนื้อหาความรู้และทักษะของวิชาชีพพยาบาลมีความแตกต่างจากทักษะของแพทย์ แต่ความแตกต่างเช่นนี้จะก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันได้หรือไม่ในขณะที่ทั้งแพทย์ และบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์มักจะเปรียบเทียบกันเองภายในกลุ่มและตั้งคำถามถึงความเท่าเทียมกันของความเชี่ยวชาญอยู่เสมอ ดังนั้นแพทย์จึงไม่อาจยอมรับได้ว่าวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพมีความเท่าเทียมกับตน แม้จะมีการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน อีกประการหนึ่งคือ ในการจัดการศึกษาของพยาบาลนั้นยังไม่มีการฝึกฝนให้นักศึกษาพยาบาลร่วมกันทำงานกับวิชาชีพอื่นมาก่อนในทุกระดับของการศึกษา (Nolan, 1976) และแพทย์เองก็ไม่ได้ฝึกการร่วมกันทำงานด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาของแพทย์ยังทำให้แพทย์มีทรรศนะต่อตนเองว่าเป็นผู้ที่รับผิดชอบเพียงลำพังต่อการดูแลผู้ป่วย (DeTornyay, 1984) ความแตกต่างของการจัดการศึกษาเช่นนี้ยิ่งทำให้การร่วมกันทำงานเกิดขึ้นได้น้อย ในทำนองเดียวกัน บุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพก็ไม่เคยได้รับการฝึกฝนให้ร่วมกันทำงานมาก่อนทั้ง ๆ ที่เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ทุกวิชาชีพต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในทีมสุขภาพ ดังนั้น ผลการวิจัยจึงปรากฏว่า การศึกษาไม่มีผลต่อสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานในทีมสุขภาพ

ตัวแปรพยากรณ์อีก 3 ตัวที่ไม่สามารถร่วมกันอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ ได้แก่ ประสบการณ์ในวิชาชีพ ประสบการณ์ในตำแหน่ง และ

การอบรมด้านการบริหาร ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยด้านการบริหารพยาบาลหลายเรื่องที่พบว่า ประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์ หรือไม่สามารถอธิบายตัวแปรเกณฑ์ที่เป็นความสามารถด้านการบริหารในหลาย ๆ ด้าน เช่น ผลการวิจัยของวาสนา นารักษ์ (2528) ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีประสบการณ์ในตำแหน่งต่างกัน มีพฤติกรรมผู้นำไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ผลการวิจัยของจินตนา จันทรโคตร (2530) พบว่า ประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต่างกัน ไม่ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจต่างกัน และไม่สามารถพยากรณ์ความสามารถในการตัดสินใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย เหตุผลที่ตัวแปรส่วนบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมทางการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นส่วนหนึ่งอาจอธิบายได้ด้วยผลการวิจัยของ วิภาดา ชีวะวัฒน์ (2528) ที่ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาล พบว่าผู้บริหารเหล่านั้นมีความเห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความสำคัญของการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองมากกว่าการบริหารหอผู้ป่วย และมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้คือ พฤติกรรมพัฒนาฐานอำนาจโดยตำแหน่งของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็น พฤติกรรมของผู้บริหารอย่างหนึ่งอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (ตารางที่ 11) อาจกล่าวได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยเห็นว่าการทำงานด้านการบริหารหอผู้ป่วยมีความสำคัญน้อยกว่าการให้การพยาบาล ดังนั้นจึงมุ่งที่จะให้การพยาบาลทำให้ประสบการณ์ส่วนใหญ่ของผู้บริหารเหล่านี้เป็นประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ตัวแปรประสบการณ์ทั้งในวิชาชีพ และในตำแหน่งไม่สามารถอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานซึ่งอธิบายได้ด้วยตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมของผู้บริหาร

ส่วนตัวแปรอีกตัวคือ การอบรมด้านการบริหารพบว่า ไม่สามารถร่วมกันอธิบายการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานได้เช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้เช่นเดียวกับตัวแปรประสบการณ์ คือ เรื่องความเชื่อที่ว่าการให้การพยาบาลมีความสำคัญมากกว่าการบริหาร ดังนั้นความรู้ทางการบริหารที่ได้จากการอบรมจึงไม่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่เหมือนเช่นที่วันเพ็ญ เลิศมงคลนาวิน (2530) ได้ศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เคยอบรมด้านการบริหารกับที่ไม่เคยอบรมมีความสามารถในการตัดสินใจไม่ต่างกัน นั่นแสดงว่า การอบรมด้านการบริหารไม่สามารถอธิบายตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมของผู้บริหารเช่นกัน

ข้อเสนอแนะทั่วไป

เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานระหว่างพยาบาลกับวิชาชีพอื่น ๆ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับฝ่ายบริการพยาบาล

1.1 ร่วมกับฝ่ายแพทย์กำหนดขอบเขตงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายให้มีความชัดเจน และดำเนินการให้พยาบาลระดับปฏิบัติเข้าใจขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลให้ตรงกัน และในการกำหนดขอบเขตงานในความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ ควรมีการศึกษาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความคุ้มครองต่อผู้ปฏิบัติ

1.2 กิจกรรมที่นอกเหนือความรับผิดชอบของพยาบาลแต่มีเหตุผลบางประการที่ผู้บริหารทั้งสองฝ่ายยอมรับร่วมกันแล้วว่าให้พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ จะต้องมีการทำข้อตกลงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และให้ทุกฝ่ายเข้าใจตรงกัน

1.3 เมื่อเกิดข้อขัดแย้งระหว่างวิชาชีพที่ตัดสินไม่ได้ ควรมีการดำเนินการผ่านทางผู้บริหารของฝ่ายการพยาบาลเพื่อนำเข้าสู่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และให้ผู้แทนของฝ่ายพยาบาลมีส่วนร่วมในการพิจารณาหาข้อยุติ

1.4 สร้างความเข้าใจให้ตรงกันในเรื่องสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานกับวิชาชีพอื่นว่าเพื่อสร้างการยอมรับต่อวิชาชีพ และเป็นวิธีการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลวิธีหนึ่ง

1.5 สนับสนุนให้มีการร่วมกันตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ

1.6 พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลให้สามารถสื่อสารได้ชัดเจน เพื่อให้ทุกวิชาชีพสามารถร่วมใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย

1.7 ส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ให้มีการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สื่อสารได้กับทุกวิชาชีพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับฝ่ายการศึกษา

2.1 ปลูกฝังแนวคิดเรื่องการร่วมกันทำงานระหว่างวิชาชีพให้แก่นักศึกษาพยาบาล

2.2 ประสานงานกับผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเพื่อแสวงหาโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้ศึกษา และฝึกงานร่วมกับนักศึกษาสาขาวิชาชีพอื่นที่

เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

2.3 สร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันระหว่างผู้สอน ผู้เรียน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพในสถานที่ฝึกงานโดยให้การยอมรับนับถือความคิดเห็น และการตัดสินใจภายในขอบเขตหนึ่งที่กำหนดไว้เพื่อความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

เพื่อพัฒนาฐานอำนาจทั้งสามประการ คือฐานอำนาจโดยตำแหน่ง ฐานอำนาจส่วนบุคคล และความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารพยาบาลในโรงพยาบาล ดังนี้

1. สนับสนุนให้มีการนำหลักการบริหารมาใช้ในการบริหารหอผู้ป่วยอย่างจริงจัง เช่น มีการร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วย หรือในฝ่ายการพยาบาล โดยนำหลักการบริหารเข้าแก้ไขหรืออธิบายสถานการณ์นั้น ๆ

2. กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ กับพยาบาลระดับต่ำกว่าวิชาชีพให้ชัดเจน และยึดถือปฏิบัติตามนั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นได้โดยมุ่งให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีความเด่นชัด ยึดถือเหตุผลที่อธิบายได้ด้วยศาสตร์ต่าง ๆ

3. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับได้พัฒนาความรู้ใหม่ ๆ ทางการพยาบาล รวมทั้งทักษะทางการพยาบาล โดยวิธีก่อตั้งกลุ่มวิชาการเพื่อดำเนินงานเองภายในหน่วยงาน หรือการเข้าร่วมกับองค์การพยาบาลระดับภาค หรือระดับประเทศ

4. สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อปฏิบัติงานทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น การร่วมให้บริการแก่ชุมชนหรือสังคมในโอกาสต่าง ๆ จัดกิจกรรมวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพเอง หรือให้บริการวิชาการแก่ชุมชน โดยมุ่งที่จะให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ของพยาบาลปรากฏอย่างสม่ำเสมอ

5. ผู้บริหารพยาบาลในระดับสูงควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บริหารระดับสูงของแผนกอื่น ๆ รวมทั้งผู้บังคับบัญชาระดับสูงในโรงพยาบาล พยายามเสนอหรือเล่าถึงผลงานที่เด่น ๆ ของฝ่ายการพยาบาลให้ผู้บริหารเล่านั้นรับรู้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าเพื่อหาตัวแปรอื่น ๆ ที่จะร่วมกันอธิบายสัมพันธภาพในการร่วมกันทำงาน เช่น การสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากผู้บริหารพยาบาลระดับสูง ผู้บริหารของฝ่ายอื่น ๆ ที่ร่วมกันทำงานในทีมสุขภาพ

2. ศึกษาการรับรู้สัมพันธภาพในการร่วมกันทำงานในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน และต่างกลุ่มวิชาชีพ

3. ทำการวิจัยกึ่งทดลองการนำแนวคิดเรื่องการร่วมกันทำงานไปใช้ในหอผู้ป่วย เช่น การร่วมกันตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การบันทึกแบบผสมผสาน การร่วมกันประชุมหารือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย เป็นต้น

4. ศึกษาการยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพในองค์กรวิชาชีพระดับต่าง ๆ เช่น ในโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ จนถึงในระดับชาติ

5. ศึกษาฐานอำนาจของผู้บริหารพยาบาลระดับสูงในโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ กัน

6. ศึกษาอำนาจในองค์กรพยาบาลตามแนวคิดเรื่องอำนาจตามสายการบังคับบัญชา โดยการศึกษาการยอมตามอำนาจของผู้ใต้บังคับบัญชาตามลำดับขั้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย